MODULO DI ISCRIZIONE SNR

Assidai
Il fondo sanitario per il tuo benessere

Via Ravenna, 14 - 00161 Roma (RM)
Tel. 06 44 07 06 00 (Uff. Iscrizioni)
Fax 06 44 25 26 12
www.assidai.it

Cognome _____ Nome _____ Nato il _____

a _____ Residente in: Via _____

Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____ Sesso: M☐F☐

Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____

Codice Fiscale _____ Azienda _____

Codice IBAN (per l'accredito dei rimborsi) ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

CHIEDE L'ISCRIZIONE AD ASSIDAI E DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

- di essere iscritto al Sindacato Nazionale Area Radiologica (SNR) n° Tessera .....
- di essere iscritto a Federprofessional nell'ambito della convenzione SNR ☐
- di aver preso visione, presso i Vostri Uffici, e/o presso Federprofessional, e/o il sito www.assidai.it, del vostro Statuto e dei Piani Sanitari che regoleranno il nostro rapporto contrattuale, nonché delle comunicazioni dell'intermediario assicurativo Praesidium S.p.a.
- di non essere titolare di trattamento pensionistico ☐ di essere titolare di trattamento pensionistico ☐
- di aver acquisito, tramite Assidai / Federprofessional / sito www.assidai.it, la Vostra informativa relativa al D.Lgs 196/03 e di esprimere il consenso al trattamento da parte Vostra, dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrino nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 4 del D. lgs. 193/03, vale a dire i dati idonei a rivelare l'adesione a Sindacati, Associazioni a carattere sindacale, nonché lo stato di salute. Esprime altresì consenso alla comunicazione dei dati in questione ai soggetti terzi e comunque ai soggetti da Voi indicati nella predetta informativa, nei limiti in cui detta comunicazione sia stata effettuata per il conseguimento dei Vostri fini.
- di aver consegnato copia dell'informativa di cui sopra a ciascuno dei componenti del nucleo familiare indicati nel riquadro sottostante.

DICHIARA INOLTRE DI: ☐ non essere iscritto ad alcun Fondo Sanitario Integrativo

DICHIARA DI SCEGLIERE LA SEGUENTE OPZIONE E DI AVER PRESO VISIONE DEL RELATIVO CONTENUTO (www.assidai.it)

BASE	RICOVERI	ARCOBALENO	SENIOR (Ex Opzione Pensionati)
☐ € 411 Fino a 50 anni	☐ € 683 Fino a 50 anni	☐ € 1.311 Fino a 50 anni	☐ € 3.526
	☐ € 1.103 51/60 anni	☐ € 1.753 51/60 anni	
☐ € 538 Oltre a 50 anni	☐ € 1.748 61/70 anni	☐ € 2.563 61/70 anni	
Oltre il 70° anno di età, l'iscrizione è consentita solamente all'opzione SENIOR.			

Consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge derivanti da mendaci dichiarazioni e false attestazioni, dichiara sotto la propria responsabilità civile e penale ed ai fini del percepimento delle prestazioni economiche previste dallo Statuto e dai Piani sanitari dell'Assidai, che i componenti del proprio nucleo familiare sono di seguito elencati.

COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE *	COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CODICE FISCALE	FIRMA PER IL CONSENSO EX D.Lgs 196/03 (di ciascun componente)
Coniuge o Convivente more uxorio **					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					
Figlio/a ***					

* Allegare: lo stato di famiglia; ** Allegare la dichiarazione attestante la convivenza; *** Figli fino a 26 anni di età (Art.22 Statuto)

LA FORMALIZZAZIONE DELL'ISCRIZIONE AVVERRA' MEDIANTE IL PAGAMENTO DEL "BOLLETTINO FRECCIA" CHE LE VERRA' INOLTRATO DOPO LA VERIFICA E L'ACQUISIZIONE DELLE INFORMAZIONI DA LEI RIPORTATE NEL PRESENTE MODULO.

DATA _____ FIRMA _____

SI APPROVANO SPECIFICATAMENTE GLI ARTICOLI 14,16,18,20,21,22 e 23 DELLO STATUTO ASSIDAI

DATA _____ FIRMA _____